THESE

M.

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina da Bahia

EM 31 DE OUTUBRO DE 1911

POR

Myron de Moura Pedreira

Pharmaceutico pela Faculdade de Medicina da Bahia,
ex-auxiliar, gratuito, da clinica obstetrica e gynecologica, no Hospital S. Izabel,
ex-interno effectivo da Maternidade Climerio de Oliveira

NATURAL DO ESTADO DO MARANHÃO (Caxias)

Filho legitimo de Manoel Gonçalves Pedreira e D. Adelina de Moura Pedreira

Afim de obter o Gráo

DE

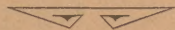
DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA

OPERAÇÃO DE GIGLI

PROPOSIÇÕES

TRES SOBRE CADA UMA DAS CADEIRAS DO CURSO
DE SCIENCIAS MEDICO-CIRURGICAS

BAHIA
LITH. TYP. E ENC. GONÇALVES, TEIXEIRA & C.
3 — Praça Marechal Deodoro — 3

1911

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR — Dr. Augusto Cezar Vianna
VICE-DIRECTOR— . . . . .
SECRETARIO—Dr. Menandro dos Reis Meirelles
SUB-SECRETARIO — Dr. Matheus Vaz de Oliveira

PROFESSORES ORDINARIOS

DOUTORES	MATERIAS QUE LECCIONAM
Manuel Augusto Pirajá da Silva	Historia natural medica.
Pedro da Luz Carrascosa	Physica medica.
José Olympio de Azevedo	Chimica medica.
Antonio Pacifico Pereira	Anatomia microscopica.
José Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Manuel José de Araujo	Physiologia.
Augusto Cezar Vianna	Microbiologia.
Antonio Victorio de Araujo Falcão	Pharmacologia.
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e Histologia pathologicas.
Fortunato Augusto da Silva Junior	Anatomia medico-cirurgica com operações e apparelhos.
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica medica.
Francisco Braulio Pereira	Clinica medica.
João Americo Garcez Fróes	Clinica medica.
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica.
Braz Hermenegildo do Amaral	Clinica cirurgica.
Carlos Freitas	Clinica cirurgica.
Francisco dos Santos Pereira	Clinica ophtalmologica.
Eduardo Rodrigues de Moraes	Clinica oto-rhino-laryngologica.
Alexandre Evangelista de Castro Cerqueira	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Gonçalo Muniz Sodré de Aragão	Pathologia geral.
José Eduardo Freire de Carvalho Filho	Therapeutica.
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica medica e hygiene infantil.
Alfredo Ferreira de Magalhães	Clinica pediatrica cirurgica e orthopedia.
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene.
Josino Correia Cotias	Medicina legal
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica.
José Adeodato de Souza	Clinica gynecologica.
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Aurelio Rodrigues Vianna	Pathologia medica.
Antonino Baptista dos Anjos	Pathologia cirurgica.

PROFESSORES EXTRAORDINARIOS

DOUTORES	MATERIAS QUE LECCIONAM
Egas Moniz Barretto de Aragão	Historia natural medica.
João Martins da Silva	Physica medica.
Pedro Luiz Celestino	Chimica medica.
Adriano dos Reis Gordilho	Anatomia microscopica.
José Affonso de Carvalho	Anatomia descriptiva.
Joaquim Climerio Dantas Bião	Physiologia.
Augusto Couto Maia	Microbiologia.
Francisco da Luz Carrascosa	Pharmacologia.
Julio Sergio Palma	Anatomia e Histologia pathologicas.
Eduardo Diniz Gonçalves	Anatomia medico cirurgica com operações e apparelhos.
Clementino da Rocha Fraga Junior	Clinica medica.
Caio Octavio Ferreira de Moura	Clinica cirurgica.
Clodoaldo de Andrade	Clinica ophtalmologica.
Albino Arthur da Silva Leitão	Clinica dermathologica e syphiligraphica.
Antonio do Prado Valladares	Pathologia geral.
Frederico de Castro Rebello Koch	Therapeutica.
José de Aguiar Costa Pinto	Hygiene.
Oscar Freire de Carvalho	Medicina legal.
Menandro dos Reis Meirelles Filho	Clinica obstetrica.
Mario Carvalho da Silva Leal	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Antonio Amaral Ferrão Moniz	Clinica analytica e industrial.

PROFESSORES EM DISPONIBILIDADE

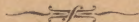
Dr. João Evangelista de Castro Cerqueira.
Dr. Deocleciano Ramos.
Dr. Sebastião Cardoso.
Dr. José Rodrigues da Costa Doria.

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores.

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA

OPERAÇÃO DE GIGLI

Noções historicas

> Triumphar no obstaculo de um parto é salvar duas vidas entrelaçadas.
>
> THIAGO.

> Nossos triumphos não os obtemos na praça ou no theatro diante a multidão que applaude; mas lá no recinto de uma casa, no aposento silencioso onde geme a creatura.
>
> Só Deus nos contempla, só Elle nos recompensa.
>
> O mundo e aquelles mesmo a quem salvamos nos pagam; mas ás vezes nem nos agradecem. Foi a natureza, dizem elles. Mas os revezes esses pezam sobre nós.
>
> JOSÉ DE ALENCAR.

PRECISAR o passado que registra o inicio da campanha emprehendida pela operação de Gigli contra a dystocia materna no trabalho de parto, é uma facil incumbencia de quem procura fazer uma resenha historica que iniciará a confecção deste despretencioso trabalho academico.

Actualmente completa 136 annos o primeiro passo dado para a realização pratica desta operação que tão beneficos resultados tem produzido, quando é reclamada em tempo, sem ter, entretanto, para a contrariar em seus effeitos uma qualquer contra indicação, e quando se

M.

filia a sua technica especial, do seu auctor, caso se não queira acceitar, por não achar razoavel, as pequenas modificações nella feitas por Van de Velde, Calderini e outros.

Foi em 1775 que, um dos cirurgiões de Edimburgo, o professor Aitken concebeu a ideia, possivel, de facilitar a diminuição do gráo de dystocia pelvica ou de a evitar totalmente, seccionando o corpo do pubis do lado direito ou esquerdo da symphise, de traz para deante, por meio de uma serra flexivel, especialmente feita para tal fim, que ficou conhecida pela denominação de *jeffrey*.

Antes de Aitken, dizem certos escriptores que o professor da clinica de partos em Bar-le-Duc, o Dr. Champion, se havia glorificado em ter deixado transpirar esta mesma ideia; porém, estes auctores por nós lidos, não apresentam uma justificação ás suas affirmativas.

Não apresentou Champion a ideia de um instrumento para pôr em execução a sua creação, como fez Aitken, embora não tirasse resultado satisfactorio do seu emprego, como aconteceu a este cirurgião devido a imperfeição de sua serra e technica, e nem adeantou um passo em dotar a sua operação de uma forma cirurgica, se é que, com justiça, lhe cabem as honras de tal creação.

Champion, no seculo XIX, unicamente externou a sua opinião em favor da operação de Gigli, mais não sendo que um apoio ás advertencias feitas por Desgranges—sobre as vantagens que resultariam do emprego desta operação de preferencia ao da symphisiotomia, cujos resultados já eram respeitados naquella epocha.

Uma parte do artigo escripto por Murat, em 1821, sob a epigraphe *Simphisiotomie*, no *Dictionnaire de Sciences Medecales,* veio confirmar o que dissemos; vejamos:—«Alguns praticos entre os quaes Champion, julgam que, em vez de dividir a symphise pubiana, seria preferivel serrar do lado desta articulação; assim se evita como diz Desgranges, a urethra, a sahida da bexiga, as muitas tacturas para encontrar a cartilagem interposta ao pubis.»

O *como se devia operar* foi feito, com perfeição, por Stoltz, de Strasburgo, a quem cabe a merecida justiça de se lhe render preitos de homenagens pela sua original technica, com a qual chegou a se certificar dos resultados que podia deixar esta operação, por nós escolhida para servir de thema ao nosso trabalho academico, praticando-a sobre cadaveres perante seus alumnos daquella epoca, não ousando, entretanto, procurar ter os mesmos resultados no organismo vivo.

Ignora-se o porque de semelhante attitude por elle assumida, em deixando de aproveitar o seu largo passo dado, até então não executado pelos seus antecessores e contemporaneos, com igual perfeição, o que constituia na questão o ponto capital.

Cremos, entretanto, que só se pode justificar perfeitamente esta attitude, pela escolha, por elle feita, do ponto em que devia ser realizada a secção ossea, região muito proxima da symphise, por conseguinte de orgãos mais ou menos, de relativa importancia, que interessados por sua serra, davam resultados nada satisfactorios, que de nenhum modo recommendariam a pubiotomia.

Todo o defeito da technica de Stoltz, quasi se pode dizer, residia na imperfeição do instrumento para a dieresis ossea, que era igual ao que imaginou Aitken.

Não modificou a sua serra e tambem, infelizmente, não poude ter uma orientação capaz de escolher outra região afastada da symphise, para sobre ella executar a sua technica, de uma maneira restricta, caso não a podesse modificar de pleno accordo com os seus conhecimentos anatomicos, da região escolhida, achando talvez ser melhor se abster de emprehender novas pesquisas do que proporcionar aos partidarios

da symphisiotomia justos motivos para debaterem as vantagens da joven operação, o que viria de algum modo, contribuir para um certo desanimo dos seus irmãos nas mesmas crenças.

Foi no mesmo anno do renascimento da symphisiotomia que, desligado das fileiras dos novos legionarios da operação de Sigault, surgiu Leonardo Gigli trabalhando com affinco para a realização do grande problema, já esclarecido pelas pesquisas do grande mestre em Strasburgo—Stoltz.

Nessa epoca, em 1892, Leonardo Gigli, de Florença, teve ensejo de, estando em Paris, assistir as primeiras symphisiotomias alli praticadas, se sentindo enthusiasta da operação de Sigault por ver que bacias estreitadas, depois da operação, davam passagem a fetos, a termo, como só sabem fazer as que não são presas destas alterações de dystocia.

Entretanto confessa não ter julgada isenta de perigos para as operadas; embora, esta operação—a symphisiotomia—apresentasse menor gravidade sob o ponto de vista cirurgico que a operação cesariana.

Como assistente interno da clinica de partos em Breslau, a cargo do professor H. Fristich, isto em 1893, elle observou com minucia todas as operadas por esta maneira, procurando veri-

ficar a marcha do restabelecimento da região que serviu de logar a operação.

Via surgir n'ella as consequencias morbidas as mais variaveis em gravidade, se admirando, ao mesmo tempo, em ver que operações bem mais delicadas e, sob o ponto de vista de seus effeitos mais importantes, permittiam que as operadas se restabelecessem com simplicidade.

Procurava uma explicação para estas complicações da symphisiotomia, responsabilizando erros de prophylaxia cirurgica, as oscillações de grande frequencia observadas no parto e mais ainda, uma anormalidade do estado puerperal.

Ao mesmo tempo que justificava desta maneira os resultados nada satisfactorios obtidos na clinica de Fristsch, era advertido em ver restabelecidas com uma rapidez surprehendente as feridas das operadas por outra maneira, nas vizinhanças dos orgãos genitaes, em pleno contacto immediato das secreções.

Foi então encaminhado por estes resultados que tomou a si o encargo de procurar resolver aquelle problema tão almejado por muitos, responsabilizando a existencia, na ferida articular, de alguma cousa que facilitava á aquellas modificações morbidas por que passava.

Um fóco luminoso—a observação—ao lado dos seus conhecimentos medicos, esclareceu o

seu espirito creador e lhe orientou a estrada a transitar em demanda da immortalidade.

E' que elle sabia que as feridas osseas tinham um valor traumatico outro, que não as lesões articulares, e mais que era possivel a obtenção do mesmo gráo do augmento dos diametros da bacia ossea femenina. praticando a secção para o lado da symphise.

Nesta estrada foi o seu primeiro passo executado, em 1894, com a creação da sua serra filiforme, e rugosa, tão universalmente conhecida em cirurgia.

Firmou em bases solidificadas pelos seus conhecimentos anatomicos, uma nova technica que o resguardava de toda a censura, podendo enfrentar, com os resultados obtidos praticamente sobre cadaveres, as opiniões satyricas dos adeptos da symphisiotomia, o que chegou fazer, provando o seu valor, a executando sobre o organismo vivo, em 1900, diante de uma assembléa de homens, preclaros que constituiam a sociedade Toscana de Obstetricia e Gynecologia, de Florença.

Desta data em deante se popularisou a operação de Gigli, apostolisada por Van de Velde.

Em 27 de Maio de 1905, Gigli apresentou uma estatistica de 90 casos de sua operação,

accrescentando depois mais 10 casos, destribuindo-os por 32 operadores.

Numa monographia apresentada ao congresso de medicina de Lisbôa em 1906, E. B. Montgomery junta a primitiva estatistica do professor Gigli, 44 casos.

Já monta, pelo que se vê na estatistica de Rossier, em 253 casos o numero conhecido de operações de pubiotomia.

Definição.—Comprehende-se pelas denominações de: *operação de Gigli, tolha lateral do pubis, secção lateral do pubis, pubiotomia, hebotomia* e *hybosteotomia*, uma operação que tem por fim fazer desapparecer totalmente ou diminuir o gráo de dytocia materna no trabalho de parto, consistindo na secção do corpo do pubis, direito ou esquerdo, em um ponto distante da symphise pubiana, por intermedio de um fio metallico, rugoso e flexivel.

Considerações anatomicas—Julgamos necessario, antes de abordarmos o modo pelo qual se deve effectuar a operação, deixar nesta pagina, ligeiro apanhado da anatomia regional para ficarem avivados os conhecimentos adquiridos pelos que nos lerem, facilitando a comprehensão da technica operatoria e o ajuisamento das vantagens desta operação; sem

entretanto fazermos de uma maneira detalhada, porque implicaria em dar em maior somma estes conhecimentos sem grandes vantagens.

O ponto em que cahe a secção ossea para a realização da pubiotomia é o corpo do pubis, um direito, outro esquerdo, ficando collocado cada um delles entre a symphise pubiana de um lado, ponto em que se articula com o do lado opposto e do outro lado, o buraco obturador.

Possuidor de suas faces — uma anterior e outra posterior, tambem é de dois bordos que olham para lados divergentes: um para cima— o superior, e outro para baixo—o inferior.

Com um revestimento cartilaginoso apresenta o corpo do pubis uma pequena superficie que entra na formação da symphise.

Pela sua face anterior o pubis não está em relação com nenhum vaso ou orgão importante.

Nella tomam inserções fibras tendinosas dos seguintes musculos: pectineo, recto interno da coxa, medio adductor, pequeno adductor e grande recto anterior do abdomen, fibras estas que tomam intimas adherencias com o periosteo.

Na sua face posterior, o pubis dá lugar a inserções, na sua linha mediana, a expansões das fibras ligamentosas que têm por funcção não insignificante fixar a bexiga que por sua vez está em relação indirecta com esta face, sendo

della separada por uma camada adiposa de regular espessura. Por esta face passam vasos venosos do plexus pre-vesical.

No seu bordo superior vêm ter as expansões aponevroticas dos musculos do abdomen, a arcada crural, o musculo grande recto do abdomen e fibras do pectineo.

O seu bordo inferior está em relação com um orgão de uma certa importancia—o corpo cavernoso do clitoris—que faz uma das suas inserções no labio anterior do ramo descendente do pubis, a cerca de tres centimentros do arco sub-pubiano.

* * *

Para poder ser realizada esta operação, é necessario que tenhamos o material seguinte: bisturis, afastadores, pinças hemostaticas, thesouras, conductor e serra de Gigli, balão de Champetier de Ribes, dilatador de Bossis, sonda urethral em metal ou em cautchou vermelho, forceps, laços, tampões de algodão aseptico, compressas esterilizadas, agulhas para suturas e conductor apropriado para estas etc.

* * *

Preparativos.—Antes de tudo compete ao operador ter real conhecimento, das dimensões da bacia femenina, da apresentação e da

posição do feto e do estado de vitalidade deste, sem o qual a operação é dispensada, terminando o parto por uma outra que não a pubiotomia.

Em segundo logar tem de se occupar dos preparativos.

1.º **Exploração**—Procurará certificar-se pelo palpar onde está a symphise pubiana, indo pelo bordo superior do corpo do pubis, para depois dirigir o seu toque explorador pelo bordo inferior, por ondé consegue chegar tocando sobre o vestibulo acima do meato urinario.

Orientado por este modo de exame escolherá o logar onde tem de iniciar a secção dos tecidos molles, anteriores aò osso.

2.º **Auxiliares**.—Requisitará o numero de quatro auxiliares: dois serão designados para manter as pernas da mulher; um destinado a se encarregar da chloroformisação e finalmente o outro servirá ao seu lado como ajudante technico.

3.º **Local e leito**—Numa maternidade qualquer, melhor ainda numa construida sob um plano scientifico moderno, submisso ás exigencias de uma orientação superior, como aconteceu com a desta Capital, a «Maternidade Climerio de Oliveira», classificada por competentes, desinteressados, como modelo para as

maternidades, poderá o parteiro, executal-a sobre uma mesa propria, sem receiar o meio porque elle preenche perfeitamente as exigencias dos fins a que se destina.

Em qualquer meio em que a hygiene não é esquecida, ahi tambem pode pôr em pratica a pubiotomia, sem que esta operação perca os seus resultados, desde que nesse logar possam ser obedecidos os preceitos da desinfecção moderna, referentes ao instrumental cirurgico e á operada.

Melhor diremos, assim: numa casa de asseio louvavel, em uma sala não possuidora de moveis em grande numero e na qual a luz penetre em abundancia, poderá o parteiro, com iguaes resultados fazel-a sobre uma mesa qualquer, comtanto que não seja fraca, nem muito alta e nem muito longa; desde que esta mesa soffra uma desinfecção rigorosa.

Requererá, se fôr de noite, que tenha de operar, a maior quantidade de luz possivel, devendo ser collocada para cima e em todas as direcções, para evitar que se faça sombra sobre a região em que opera.

E' esta uma das muitas vantagens da pubiotomia.

4.ª Cuidados preliminares—A hebotomia, como todas as operações, exige um tempo a parte aos demais da sua technica que

chamamos *cuidados preliminares*, devendo ser feito, pela sua importancia, de uma maneira rigorosa, sob a vigilancia do operador, não necessitando a sua assistencia quando é delle encarregado uma pessoa de sua confiança.

Logo após o diagnostico que impõe ser realizada a hebotomia, o parteiro fará ou ordenará uma desinfecção a mais perfeita possivel em todo o seu material cirurgico.

A desinfecção dos instrumentos cirurgicos vem de uma grande maneira contribuir para um feliz exito do restabelecimento da operada, o que não é absolutamente ignorado pelos crentes na existencia de seres tão pequenos como perigosos para a saude de todos, principalmente para a das operadas, que ficam mais predispostas.

Feito o diagnostico este exige, supponhamos, a operação de Gigli como tratamento.

Continúa sendo objecto de preoccupação do parteiro deante de uma mulher gravida e em trabalho de parto, que necessita dos recursos da hebotomia para que elle se dê, procurar certificar-se do estado da bexiga, que poderá ser encontrado no de vacuidade ou pelo contrario no de plenitude.

Neste ultimo estado tem que dispor dos mesmos recursos de que faz uso para intervir, como

se tratasse de um parto sem ter a bacia nenhum vicio na sua conformação—evacuando a bexiga pelo catheterismo vesical.

Procurará informar-se se a mulher tem defecado diariamente, para no caso contrario fazer a evacuação do recto pelas lavagens intestinaes.

Estes actos de precaução têm como effeito diminuir o gráo de dystocia que a bexiga cheia de urina ou o recto de fezes por si só produzem, evitando em futuro a descida da apresentação.

Num parto normal o parteiro fará ou prescreverá a *toilette* vulvar da parturiente que consiste: no debastamento dos pellos, no ensaboamento, consecutivo, da vulva, do perinêo e das virilhas, com agua regularmente quente e na lavagem immediata com uma solução de sublimado a 1:2000 ou 1:1000.

Num caso em que tenha de intervir com a hebotomia fará o operador quasi o mesmo, porém de uma maneira mais perfeita, porque se trata de uma operação em que toda a cautela empregada não é desperdicio.

Exigem que a mulher que tem de ser pubiotomisada deve submetter-se, fóra do recinto onde tem de ser praticada a operação, a uma raspagem dos seus pellos da região vulvar e do monte de Venus; entretanto consideramos este acto assim praticado como desnecessario para

um feliz restabelecimento da operada, podendo ser realizado no momento seguinte ao da sua collocação sobre a mesa para operações, desde que, acabada a raspagem, se tenha o cuidado de os retirar em totalidade.

Em seguida a este cuidado, na sala de operações procederá o parteiro ou quem competir, fazendo uma desinfecção da região vulvar e circumvezinhas: hypogastrio, fossa iliaca direita e esquerda, virilhas, face interna das coxas no seu terço superior: *a)* com um sabão antiseptico e agua morna—ensaboamento; *b)* fricções com pressão sufficiente as custas de uma escova humida, já esterilizada que, durante dez minutos, deslocará os germens contidos nestas regiões, os misturando na espuma resultante dos seus movimentos sobre o sabão; *c)* uma primeira lavagem, das regiões ensaboadas, com uma solução antiseptica de indiscutivel efficacia e na temperatura de mais ou menos 45°; *d)* uma fricção de toda esta zona com alcool ou ether, em quantidade sufficiente, para que ella exerça a sua acção mais patente—de dissolvente das gorduras—preparando-as para serem retiradas por uma ultima lavagem, tambem antiseptica, juntamente com os germens nellas contidos que escaparam dos primeiros cuidados empregados; *e)* finalizando, usará o operador da tintura de

iodo recentemente preparada, para com ella fazer uma faxa, de regular largura, em toda a zona em que tem de percorrer o bisturi.

Depois de tudo isto se faz, e achamos andar com acerto quem assim pratica, uma irrigação vaginal com solução antiseptica; embora condemnada por alguns, que dizem não haver vantagens!

Apresentam os contra indicadores deste uso, como justificativa, a possibilidade da canula produzir uma infecção.

Desejariamos saber se uma canula esterelizada, assim como tambem o tubo que a liga ao irrigador contendo uma solução antiseptica, é capaz de produzir uma infecção?!

O leitor ja deve ter deduzido que o interesse unico desta operação de Gigli, é salvar as duas vidas—materna e fetal.

Pois bem; o parteiro para intervir necessario é que encontre: integridade da vida fetal; o collo uterino sufficientemente amollecido ou dilatavel, capaz de poder ser facilmente distenso pela mão, pelo balão de Champetier de Ribes, e, finalmente, se o tempo exige deve usar do dilatador de Bossi.

Achamos preferivel ao methodo uni-manual, acima indicado, o methodo de Bonnaire ou bimanual; porque este consegue uma dilatação

completa do collo, sem expor a vagina a uma desinserção, pelo recalcamento do collo para cima e mais, com o processo bi-manual, a polpa dos dedos tendo maior sensibilidade desperta o parteiro quando as rupturas do collo começam a ser produzidas.

O methodo bi-manual dá a entender que a dilatação do collo uterino é feita simultaneamente por intermedio das duas mãos, o que é uma verdade.

O primeiro passo a dar para a realização deste processo pondo de parte a desinfecção das mãos, consiste na introducção do index direito, da vagina ao orificio do collo, e com elle executar uma verdadeira massagem em toda a sua zona, procurando dilatal-o.

Julgando-se a dilatação do orificio, sufficiente para dar entrada a um outro dedo, se introduz, não mais um dedo da mão direita e sim o homologo da mão esquerda que tomará como guia seu companheiro, já introduzido, indo ficar o seu dorso olhando a luz do canal vaginal.

Tomando os dois dedos um ponto fixo que será a articulação metacarpio-phalangiana, distende-se os labios do collo em todos os seus diametros—antero posterior, obliquos e tranverso.

A pressão executada não deve nunca ser feita bruscamente e sim com lentidão.

A dilatação sendo regular introduz-se o medio dos dedos da mão direita e se faz a operação como foi feita a principio; augmentando mais o gráo de dilatação, se introduz o dedo medio da mão esquerda e assim successivamente até introduzir-se os quatro dedos de cada mão, que procederão igualmente, até a obtenção de uma dilatação quasi completa ou completa se for possivel.

Nesta operação o balão de Champetier de Ribes continúa a ser applicado da mesma maneira, enrolado sobre si mesmo, por intermedio de uma pinça, curva e desarticulavel, com um formato semelhante ao de um pequeno forceps, guiada por dois dedos da mão esquerda —index e medio—anteriormente introduzidos.

Mette-se o balão pelo orificio do collo, até que a articulação da pinça fique delle distante 2 ou 3 centimetros.

Bem applicado o balão, retira-se a pinça.

Todos sabem que o balão de Champetier de Ribes produz uma excitação das contracções uterinas que podem, nestes casos, ser nocivas a saude da mãe ou da creança; podendo produzir naquella uma ruptura do sacco uterino pela

impossibilidade da descida do feto e de sua expulsão por conseguinte, e nesta uma morte ou pelo menos um soffrimento que variará de intensidade conforme o gráo das contracções, sem fallarmos nas procidencias a que está sujeita.

Além de mais na operação de Gigli, necessitamos de uma dilatação mais rapida, por conseguinte aconselhamos a pratica do processo usado por Schauta, Duhrssen e Varnier.

Elle consiste em, depois de ter enchido o balão com agua esterilizada até o maximo de sua capacidade e de ter deixado demorar um certo tempo, retirar-se uma certa porção desta agua para em seguida effectuar trações sobre o balão, até que no orificio cervical fique contida uma maior circumferencia do mesmo, para reinjectar a quantidade de liquido retirada e assim successivamente até a obtenção de uma dilatação completa, quando cahirá na vagina o balão distendido.

Em seguida o balão cahe no exterior.

A bacia molle é destendida, o coccyx é retropulsado e o perinêo abre-se em gotteira.

Está em voga actualmente na Allemanha e na Italia, o uso do dilatador de Bossi como um

processo para a dilatação rapida e artificial do orificio uterino.

O ultimo modelo deste apparelho é composto de quatro hastes, que estão approximadas quando em repouso.

Introduz-se o instrumento guiado por dois dedos da mão esquerda. O affastamento das hastes do apparelho se obtem mechanicamente por intermedio de um parafuso que se acha em uma das suas extremidades. Em uma das faces desta extremidade, se encontra um pequeno ponteiro que registra o gráo de dilatação que possue o orificio, sob a acção do instrumento.

Não se deve executar as voltas no parafuso em qualquer tempo e sim no intervallo de cada contracção uterina.

Ellas devem ser feitas com mais frequencia e com um pouco do circulo que o parafuso descreve, do que com um maior que produzirá ao certo rupturas do collo.

A dilatação completa com este apparelho, reclama um prazo de 30 minutos a uma hora e meia.

Operação

Contando a hebotomia apenas 10 annos de existencia gloriosa tem sido durante este tempo preconizados, por diversos cirurgiões, todos fitando um mesmo idéal, varios processos, mais não sendo que modificações da technica de Leonardo Gigli.

Podemos dividil-os em tres grupos:—pubiotomia sub-cutanea, propriamente dita; pubiotomia parcialmente sub-cutanea e pubiotomia a a descoberto.

Walcher, Bumm e Stœkel, seguem a pratica da pubiotomia pela via inteiramente subcutanea.

Em numero de cinco são os operadores que seguem a via parcialmente sub-cutanea: Döderlin, De Bovis, Seligmann, Henkel e Tandler.

Os que abraçam a technica a descoberto são: Gigli, Calderini, Van de Velde e a grande maioria dos operadores.

Em homenagem a Leonardo Gigli, começamos dando o sua techinica em 4 tempos.

1º tempo. — A mulher, o operador e os auxiliares estando rigorosamente desinfectados

é aquella pelo chloroformisador chloroformisada e depois posta em posição obstetrica.

Collocado entre os seus auxiliares que seguram as pernas da mulher o operador, tomando de um bistori, traça uma incisão de um comprimento de 8 a 10 centimetros, que partindo da linha mediana tome uma direcção obliqua para baixo e para fóra e se venha terminar, no nivel do tuberculo sub-pubiano, tres ou quatro centimetros abaixo do vertice da arcada formada pelos pubis.

Os tecidos subjacentes a pelle são interessados, por uma ou mais incisões até que seja sentida a resistencia que offerece o corpo do pubis, que será em seguida libertado, em parte, destes tecidos por meio dos afastadores, deixando que o operador veja livremente este osso pela sua face anterior.

2° tempo.—Este tempo de grande facilidade o que põe em destaque dentre as suas congeneres—a hebotomia—se o iniciará pelo ponto que tambem teve por partida a secção dos tegumentos

No ponto inicial da incisão sobre o bordo superior do pubis, tem o operador que fazer com uma sonda canellada um pequeno orificio entre as fibras tendinosas e expansões aponevroticas que ahi vêm ter.

Em attenção a vascularização da face posterior do corpo do pubis, que de uma maneira suscinta deixamos referida na parte consagrada a esses conhecimentos, Gigli, advertido pelas consequencias operatorias que fazia o *modus operandi* da symphisiotomia, creou um instrumento que desempenhasse o seu fim de uma maneira satisfatoria, sem interessar aquella rêde sanguinea:—foi um conductor encurvado e rombudo da sua serra, que, como ella, tomou o seu nome.

Pela butueira feita no bordo superior do corpo do pubis com a sonda, tem quem intervem de introduzir o conductor, devendo este em todo o seu trajecto acompanhar encostado a face posterior do corpo do pubis e sahir abaixo, no seu ramo descendente, no pequeno tuberculo subpubiano.

Lembra Gigli que, sem nenhum inconveniente, se pode guiar a marcha do seu conductor, introduzindo dois dedos na vagina.

Este processo evita desvio e rupturas vasculares.

M. Döderlin, introduz como guia, o index por sobre o pubis.

Preferimos o modo que lembra Gigli ao que aconselha Döderlin, por ter este a desvantagem de produzir dissociações das fibras aponevro-

ticas do abdomen e estar sujeito a infectar a ferida operatoria.

No conductor é fixada a serra flexivel e rugosa que será arrastada por elle, pelo mesmo caminho que o seu trajecto abriu, até o bordo superior do osso, onde será aprisionada ao *poignet* proprio.

Esta serra deve occupar os limites da linha de secção das partes molles.

Tomando ella uma direcção obliqua para fóra, executa-se uma pequena serie de movimentos, de vae-e-vem, atè que esta serra appareça na superficie em que a sessão ossea é completa.

Não será desvantajoso se ter o cuidado de antes de executar a sessão ossea obliquamente fazel-a, iniciando, perpendicularmente, cuidado este que tem como utilidade evitar a mudança da serra para outro ponto que não é o desejado.

E' de regular frequencia neste tempo uma pequena hemorrhagia que não inspira serios cuidados e que céde a um tamponamento.

3· tempo Feita a secção lateral do pubis com esta o parto se póde dar as custas propias do organismo ou é necessario sempre intervir logo em seguida com uma applicação do forceps ou da versão?

O parto logo após a secção lateral do pubis ou mais tarde, se pode dar naturalmente e é,

nos parece pela leitura feita do assumpto, o que espera a grande maioria dos operadores.

Entretanto damos aqui um parecer que muito vem contrariar aos que assim praticam, com o qual certamente, por sermos estudantes ainda, nos considerarão como ousado e ignorante...

Ao nosso ver julgamos barbara a attitude deste operadores que consentem uma mulher ficar por um tempo muito longo, incapaz de ser previsto com antecedencia, sob a acção do anesthesico.

Escapando de assim praticarem têm que cahir em uma outra — posição não menos condemnada — mandando suspender a anesthesia e deixando que a victima padeça das dores atrozes que produzem as disjuncções das articulações sacro-iliacas e a grande distensão das partes molles.

Mais uma outra cencuravel conducta a que são forçados a praticar é uma nova anesthesia reclamada pelas suturas da ferida a que submettem uma mulher victima de sua má conformação.

Julgamos conveniente terminar o parto por uma applicação do forceps.

O leitor bem sabe que o que fica dito é a traducção de um modo de encarar este proceder em lugar de abrir campanha contra grandes mestres da sciencia; longe de nós está seme-

lhante idéia. Deixamos apenas transpirar de nossa alma o que sentimos calculando os effeitos que produzem estas medidas sobre o organismo femenino, que embora talhado para os grandes soffrimentos entretanto não é capaz de resistir a semelhante pratica sem padecer muito e muito.

* * *

Neste tempo começa propriamente dita a operação que nos preoccupa.

Pondo de parte o numero de operadores que esperam um parto normal, outros empregam o forceps ou a versão.

Os que procedem esperando que o parto se dê naturalmente se baseiam em que a expulsão fetal se dando, determina uma distensão lenta das partes molles anteriores; e mais que a ampliação do perinêo se fazendo lentamente põe em jogo a elasticidade das suas partes molles, o que se não da tão regularmente quando se intervem com a versão ou com uma applicação do forceps.

Tudo isto é muito sabido em obstetricia e tambem que nestas mulheres, assim operadas, é muito frequente se observar: uma parada do trabalho e uma hemorrhagia, uma parada da rotação, da apresentação ou uma perversão

desta rotação, um soffrimento fetal, muita das vezes heminente, sendo centrario as suas vontadhs terminarem o parto com uma applicação do forceps, como já tem acontecido.

O que dirá o leitor da justificativa de proceder destes operadores?

E' necessario esperar-se um parto normal quando um pseudo foi assistido pela espulsão do balão de Champetier de Ribes que deve ser applicado systematicamente, embora na vagina, em todas as mulheres que necessitam dos recursos de uma operação como esta?

Achamos que não é preciso; fica o leitor, porém, com o direito de proceder desta ou daquella maneira, conforme achar conveniente; desejamos-lhe que seja muito feliz e que a sua estatistica da mortandade fetal seja melhor do que a conhecida atualmente.

Nascendo o feto sem soffrimento visivel aos olhos do porteiro esperará alguns minutos antes de praticar a secção do cordão até que não mais sejam percebidos, pelo palpar, as pulsações no cordão, quando será ligado e seccionado a 4 centimetros acima da sua implantação fetal.

No caso contrario, o feto nascendo em estado de morte apparente, coberto de meconio, urge ligar e seccionar-se immediatamente o cordão e

tratar-se de animar a creança peles differentes meios conhecidos.

Numa Maternidade é este cuidado entregue a um auxiliar ;porém em outro meio é permettido ao operador deixar por alguns momentos a operada, ficando, um dos auxiliares mais proximos da região vulvar, de vigilancia.

Logo em seguida ao nascimento do feto devem os auxiliares, encarregados de manter as pernas da parturiente, fazer approximar as suas coxas.

Fará o operador ou mandará fazer conforme o meio em que opera, uma lavagem, vulvar e, se julgar necessario, uma outra vaginal, isolar depois, a ferida operatoria.

Aguardará o delivramento. Depois deste, sendo preciso, na possibilidade de ter o feto perdido meconio durante a sua permanencia no utero, fará tambem uma injecção intra uterina.

Compete tambem ao parteiro proceder o exame do utero, após o delivramento, para se certificar do estado este orgão, se está retrahido.

No caso contrario usará da medicação prophylatica das hemorrhagias uterinas.

Havendo rupturas superficiaes da vagina deve introduzir nella gaze iodoformada.

Se foi impossivel evitar a ruptura do perinêo

durante a extracção do feto, fará a perineorraphia immediata ao nascimento deste, depois do asseio dos orgãos genitaes externos ou daixará para fazel-a, nas mesmas condições, após o delivramento.

4· tempo.—Depois de um trabalho de parto nestas condições, em qualquer que seja a mulher, não deve nunca quem nelle tomou parte activa, fazer as suturas das partes seccionadas, sem ter antes feito uma desinfecção das suas mãos, a mais rigorosa possivel.

A operação se realizando em uma Maternidade pedirá o parteiro auxilio de um outro que não tomou parte na operação que, tambem fará nas mesmas condições a desinfecção de suas mãos.

Fará quem tomou a si este encargo tres ou quatro pontos profundos com uma agulha, forte e curva, e com *catgut* esterilizado.

Bem se vê que estes pontos devem variar de numero conforme a extensão do ferida. Tambem, variando de numero, fará novos pontos cutaneos intercalando os outros, devendo serem feitos com fio de sêda.

Com o uso desta technica, como tambem com o de qualquer outra pertencendo ao grupo das pubiotomias a descoberto, se deve drenar a ferida, devendo este ficar no angulo inferior.

Applica-se na ferida gaze iodoformada e por sobre esta algudão esterilizado. Sobre a vulva deve ser feito um penso, nada devendo ter de solidariedade com o da ferida.

Depois de se ter approximado as ametades da bacia e as coxas da mulher collocadas em extensão se mantem a bacia com uma cintura elastica e na sua falta com um apparelho amovomovivel qualquer.

Usa-se, De Bovis por exemplo, deixar uma sonda de permanencia da urethra para evitar os catheterismos. Achamos que esta cautela é dispensavel; porque se pode evacuar a urina em caso de necessidade, estando a mulher sobre o seu leito; questão de paciencia. Se a incontinencia de urina em uma pubiotomisada fosse permanente concordariamos com esta pratica, porém não é....

Leva-se a mulher para um leito de lastro resistente onde deve ser acamada pelo dorso e com as pernas em extensão e juntas.

Cuidados consecutivos. Na grande maioria dos casos a urinação se faz naturalmente, em outros porém necessita de um catherismo. Este facto não é nada alarmante e não deve ser colhido como uma complicação desta operação, porque elle surge tambem nas que tem um parto completamente normal.

Deve-se encarar uma pubiotomisada como uma parida normal.

Sua temperatura deve tambem ser tomada com precisão, pela manhã e á tarde, pelo menos.

As lavagens vaginaes devem ser feita com regularidade.

No caso de ter sido praticada a drenagem da ferida, no fim de quarenta e oito horas se secciona a parte saliente da gaze que serviu de dreno; depois, diariamente, se vae retirando com lentidão esta que será difinitivamente retirada no 3.º ou no 6.º dia.

Os fios de suturas são retirados nos 7.º ao 10.º dia.

No fim de tres semanas a operada se pode levantar; a ferida é cicatrizada por primeira intensão, em 90 % dos casos.

TECHNICAS INTEIRAMENTE POR VIA SUB-CUTANEA

Technicas de Walcher, Bumm e Stoeckel.—Estes cirurgiões não usando, quando operam, da via a descoberto, costumam, creando uma nova technica, introduzir no nivel do grande labio uma agulha de grande curvatura e com ponta, que será guiada por um dedo introduzido na vagina. Esta agulha tem

tambem de acompanhar encostada, a face posterior do corpo do pubis até sahir no nivel do seu bordo superior.

Fixam-lhe o fio serra que procederá como na technica de Gigli.

TECHNICAS PARCIALMENTE SUB-CUTANEAS

Technica de De Bovis.—Não acceitando integralmente a technica de Gigli apresenta este operador a sua que é como as demais, uma modificação da primitiva.

Acompanhando o bordo superior do corpo do pubis executa De Bovis uma incisão horizontal que venha cahir entre o angulo e a espinha deste osso, respeitando os planos aponevroticos formados pelas fibras da aponevrose do grande obliquo e pela insersão do grande recto anterior do abdomen.

Faz introduzir, na butueira que Gigli recommenda fazer depois da incisão das partes molles, o conductor que fará saliencia, depois de um certo percurso, do lado do ramo descendente do pubis, no sulco labio crural, a 3 centimetros abaixo do arco pubiano.

Corta a partes molles que para deante da extremidade do conductor se acharem, prendendo

nelle a serra que seccionará a parte do osso desejada.

Technica de Döderlin. — Döderlin começa praticando uma pequena incisão parallela ao ramo horizontal do pubis de formas que o meio desta linha corresponda a espinha do pubis.

Uma incisão de 3 centimetros de comprimento julgamos sufficiente, porque o seu unico fim é dar passagem ao dedo indicador que obrará dissociando os tecidos retro-pubianos.

Acompanhando este dedo elle introduz uma agulha curva que, como a precedente, vem fazer saliencia a 3 centimetros abaixo da arcada dos pubis, no nivel do sulco labio crural.

Sobre esta saliencia faz Döderlin uma incisão de dois dedos transversos parallela ao grande labio.

Liga a serra ao seu cabo propio e effectua a secção ossea por meio de uma serie de movimentos de vae-e-vem.

Na ferida, inferiormente, é seu costume collocar um dreno.

Technica de Seligamann. As mesmas incisões da technica de Döderlin.

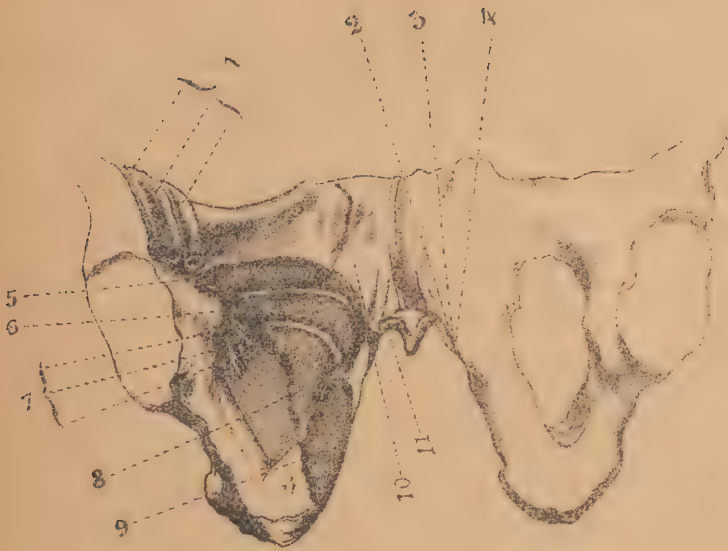
Repelle-se com o dedo indicador todos os tecidos que se acharem por detraz do osso; incluindo nelles o clitoris que será descollado com

toda delicadeza possivel. Pela abertura que antes destes cuidados é praticada, superiormente, se introduz uma sonda protectora apropiada, que possue uma gotteira pela qual se deve passar a serra filiforme.

Technica de Henckel. Faz-se a incisão supra pubiana que usa Seligamnn e Döderlin em suas technicas, a unica que Henckel acceita como necessaria.

Desnuda-se o bordo superior do corpo do pubis e com um cinzel de certa largura se descolla o periosteo da face posterior do osso.

Introduz entre esta face e o periosteo o index direito que completará o descollamento até o bordo inferior, onde se dará o encontro do dedo com o conductor, que introduzido pela face anterior do osso levará consigo a serra de baixo para cima e de deante para traz.

Technicas de Tandler. — Usa este cirurgião da via sub-periostica. Pratica uma incisão inferior, paralella ao ramo descendente do pubis; secciona entre duas elaqueações o corpo cavernoso e a arteria do clitoris, descolla o periosteo da face posterior do corpo do pubis e finalmente seguindo uma direcção vertical, introduz por deante do pubis o conductor com a serra.

BACIA VISTA DE FRENTE

1—Nervo, arteria e veia femoraes. 2—Traçado de Gigli. 3—Traçado de Calderini. 4—Traçado de Van de Velde. 5—Musculo pectineo. 6—Musculo pequeno adductor. 7—Arteria, veia e nervo obturadores. 8—Musculo obturador externo. 9—Musculo grande adductor. 10—Musculo médio adductor. 11—Recto interno.

TECHNICAS A DESCOBERTO

Technica de Calderini. — A incisão cutanea dada por Calderini, não mede menos de 5 a 6 centimetros; segue em parallelismo o sulco genito crural.

Iniciada no monte de Venus, mais ou menos a um centimetro para dentro da espinha do pubis, desce, obdecendo a uma direcção para baixo e para dentro, para se terminar no grande labio do mesmo lado do qual partiu a incisão.

Gigli, como vimos, introduz o conductor da sua serra pelo bordo superior do corpo pubiano; Calderini, pelo contrario, costuma introduzir o conductor pelo bordo inferior, indo elle sahir no mesmo ponto em que teve por partida a secção dos tegumentos.

Technica de Van de Valde—Considerando Van de Valde que quanto mais afastada for a secção ossea da symphise pubiana melhores são os resultados obtidos com esta operação, principia a sua technica incisando os tecidos molles no nivel do tuberculo supra-pubico terminando esta, no nivel do tuberculo sub-pubiano.

Seccionadas as partes molles, elle introduz o dedo na ferida e com elle afasta, auxiliado por uma sonda, as partes molles que guardam relações com a face posterior do osso, até o bordo inferior do mesmo.

Faz introduzir, depois, a serra de Gigli, desde o bordo inferior até o superir, utilisando-se para isto de uma agulha fenestrada, possuidora de uma curva apropriada á altura e á forma do osso em questão.

A serra deve guardar os extremos da incisão cutanea.

* * *

Antes de ser abordada a parte de nossa these de doutoramento, destinada á descripção de

todas as technicas operatorias que surgiram de differentes fontes, pleteando melhor praticar a operação que nos preoccupa, annunciamos dar em primeiro logar a usada por Gigli, o que fizemos, em homenagem a sua victoria obtida perante aquella douta agremiação, por referida nas noções historicas, com as quaes iniciamos o nosso trabalho.

Em seguida deixamos descriptas suscintamente todas as outras que chegaram ao nosso conhecimento.

Agora pretendemos fazer escolha, dentre ellas todas, de uma, a que nos parecer melhor, aquella que sendo praticada evitará o maior numero de accidentes immediatos ou remotos.

De que maneira poderemos fazer esta escolha? Para que ella possa ser feita, é necessario o conhecimento de todos os accidentes que podem surgir—durante e depois da operação.

Cumpre notar que, se surgem contra indicações do processo inteiramente sub-cutaneo são ellas iguaes ao do processo por via sub-cutanea; por conseguinte só teremos de fazer escolha de uma technica dentre os dois processos—sub-cutaneo e a descoberto.

ACCIDENTES OPERATORIOS

1º **Hemorrhagias.**—Recapitulando-se a anatomia da região, com facilidade bem se pode

avaliar qual seja a fonte das hemorrhagias que tambem podem ter uma origem alheia a parte anatomica em que se effectua a operação.

Ellas podem resultar em consequencia de uma lesão do plexus cervical, do corpo cavernoso do clitoris, ou das dilacerações da bexiga, do bolbo vestibular ou das veias do levantador do anus.

As hemorrhagias resultantes do acto operatorio praticado com o maximo cuidado, são insignificantes. Não assaltam o espirito do parteiro obrigando-o á se suppor deante de um caso de eminente fatalidade.

Ellas resultam da secção das partes molles e do osso, sendo que a deste tem como ponto de partida o fragmento eterno, por sangrar mais.

2º Hematomas—E' incontestavel que os hematomas tenham a mesma origem das hemorrhagias; a sua formação mais frequente é a consequente de uma lesão do corpo cavernoso do clitoris. A sua complicação que preoccupa o parteiro é a suppuração.

Sob o ponto de vista do seu volume diremos sér elle muito variavel. Tem sido encontrado por Tandler, do tamanho de um ovo. Seldhein teve a oportunidade de observar um hematoma que se estendia até a face anterior da coxa.

Podemos dizer, arrimando-nos na commu-

nicação feita ao mundo sabio por Hocheisen que a sua frequencia é de quatro sobre as dezeseis operadas por este cirurgião, os quaes, com muitos outros, farão parte do nosso primeiro quadro, quando tratamos do valor prognostico desta operação.

4 · Lacerações vulvo vaginaes —Não são as lacerações vulvo vaginaes accidentes que se prestem para fortalecerem opiniões que sirvam para debater as grandes vantagens da operação de Gigli.

Podem essas lacerações tomar residencia na vulva, na vagina ou attingir porporções maiores, chegando a interessar o perinêo, o anus ou em outros casos rarissimos, podem communicar a vagina com a ferida operatoria, ficando esta sujeita a se infeccionar e dahi resultados variaveis conforme a virulencia do agente de infecção.

Tem ella com mais frequencia se installado nas primiparas, para em segundo lugar fazer séde nas multiparas.

A sua frequencia se pode determinar por numeros estatisticos.

Isto se consegue procurando o que escreveu Zangemister, a este respeito. Podemos dizer que nas primiparas ellas se apresentam na proporção de 31 %, emquanto que, em menor numero

de vezes, apparecem na razão de 7,5 %, nas multiparas.

5º Lesões urinarias— A incontinencia de urina, surge, passageiramente, sem lesão anatomica; este accidente em nada é assustador.

Ao lado della se póde observar raras vezes emissão de urina sanguenolenta, que em ponto algum se relacciona com uma ruptura da bexiga.

O que deve prender seriamente a attenção do parteiro é evitar as dilacerações da bexiga, que são produzidas em sua grande maioria por um defeito de technica.

Tambem estas lacerações podem surgir, resultando de uma acção mechanica—na occasião da passagem da apresentação fetal, quando a bexiga desviada é levada de encontro com um dos dois fragmentos osseos resultantes da secção do pubis.

6º Infecções.—As infecções da ferida operatoria são frequentes; porém em nada assustadoras..

Gigli quando apresentou a sua estatistica de 100 casos chamou a attenção para os 90 em que a cicatrisação foi obtida por primeira intenção.

Pode registrar-se aqui a suppuração de

thrombus, accidentes phlebiticos, septicemia, peritonite; bem que estes dois ultimos resultados estejam intimamente ligados a um estado de infecção grave já existente e a uma inesperiencia do operador.

Complicações remotas.—A incontinencia de urina permanente tem sido observada.

Quem nos diz alguma cousa a este respeito Krœmer, que a encontrou na proporção de 5⋈34 pubiotomisadas, da sua lista.

Nenhum outro operador registra semelhante frequencia pelo que maldamos ter sida este resultado, obtido por Krœmer, resultante talvez da falta de precauções.

As **sciaticas**, as **hernias**, os **descollamentos genitaes** podem apparecer.

Nada diremos a respeito das **perturbações funccionaes** que podem surgir desta operação por não termos tido occasião de vermos referencias a esse respeito.

* * *

Seguindo a mesma ordem da qual usamos quando tratamos dos accidentes operatorios pretendemos aqui, satisfazendo um compromissso, ir lentamente expondo as desvantagens deste ou daquelle dos processos acima referidos.

M.

Assim por exemplo: as *hemorrhagias* têm fornecido assumpto para serias discursões, quando as encaram julgando de mais frequencia com o uso do processo sub-cutaneo; ou contrariamente como pensam os que repudiam este modo de julgar.

Não entraremos em considerações minuciosas sobre o assumpto, respeitamos as opiniões dos gaupos divergentes.

Entretanto diremos:—se só encarando este accidente podessemos declarar-nos partidarios de processo a descoberto, fariamos; porque, com o processo a descoberto pode o parteiro descobrir a fonte da hemorrhagia ou evital-a, usando no primeiro caso para debellal-a de differentes meios os quaes não pode por em pratica quando a hemorrhagia resulta do processo sub-cutaneo, porque passa despercebida a principio do parteiro.

Sob o ponto de vista de sua frequencia ellas resultam de uma lesão vesical e ellas surgem mais com o emprego deste processo do que com o uso daquelle.

Vimos que *thrombns* tem uma origem hemorrhagica. Com o uso do processo a descoberto podemos com facilidade surprehender um pequeno derramamento sanguineo muitas vezes profundamente situado e mais com este pro-

cesso a drenagem pode ser feita com perfeição evitando que elle se infeccione o que é inteiramente impossivel se conseguir nas operadas com o outro processo.

Se levarmos a discursão para o ponto de vista das *lacerações vulvo—vaginaes* podemos dizer serem ellas mais frequentes se usando do processo por via sub-cutanea.

As *lesões urinarias* devem ser encaradas sob dois pontos: —Primeiro é que estas apparecem em ordem de frequencia mais commumente com o emprego do processo sub-cutaneo.

Dizemos assim, porque com o processo a descoberto o operador pode, em elguns casos, ver a bexiga ou quando não, nos outros casos, tem meios mais seguros para guiar o conductor de maneiras que este orgão possa ser respeitado; com o processo sub-cutaneo não pode o operador dispor destes recursos.

O segundo foi levantado em discussão por Stœckel e Bumm.

Dizem estes parteiros que as lesões de origem instrumental se curam sem complicações. Esta justificativa até certo ponto tem razão de ser; por outro lado porém podem estas lesões passar desperecebidas ao operador que será mais tarde surprehendido quando apparecerem os accidentes consecutivos resultantes do derramamento

da urina nos tecidos vizinhos da bexiga, sua infiltração e sua fermentação dando em resultado uma infecção urinosa, um abcesso da mesma origem, uma fistula vesico-vaginal e mesmo, como diz Hocbeisen, uma peritonite.

Hammerschlag chegou a observar uma septicemia que matou uma doente em 24 horas.

A *incontinencia de urina permanente* registram como sendo de mais frequencia com o emprego do processo sub-cutaneo do que o do outro—o a descoberto.

* * *

Dentre todos os processos operatorios escolhemos, ao que ficou dito, o processo a descoberto.

Pertencentes a este grupo descrevemos tres technicas:—a de Gigli, a de Calderini e a de Van de Velde.

A technica de Gigli, que tem proporcionado resultado brilhantes; que chegou a derrotar dos seus dominios a operação de Sigault; que resolveu o problema desejado e tentado resolver por muitos, não deixa de ter os seus deffeitos,

O lugar de escolha que fez Gigli para effectuar a secção ossea é muito proximo da symphise, por conseguinte vae esta secção cahir na vizinhança de orgãos de importancia, que

devem ser respeitados, taes como:—a bexiga, a vagina, os ligamentos pubo-vesicaes que ficam a ser, mais facilmente por qualquer descuido, lesados. Demais o pequeno fragmento do corpo do pubis que continua preso a symphise está exposto, ao defeito de vitalidade, e perturbar a consolidação ossea com a rapidez desejada.

Van de Velde, que marcou uma phase nova na pubiotomia com a sua technica; que com ella esclareceu De Bovis para a obtenção de dois grandes sucessos operatorios; que se sentiu vaidoso em ter modificado uma technica que parece ter sempre uma acceitação universal, viu ella baquear pela desvantagem de estar sujeita, com grande facilidade a produzir uma hemorrhagia perigosissima, ás vezes, em consequencia de uma lesão dos vasos obturadores e mais porque expunha uma operada ao padecimento de uma hernia resultante de uma lesão dos pilares iguaes. Todo o defeito se resume em cahir a secção ossea proxima ao buraco obturador.

Consideramos vantajoso seguir-se o emprego da technica de Calderini, por guardar ella uma media entre as desvantagens das duas technicas anteriormente referidos.

Prognostico.

E' animador o prognostico da operação de Gigli, embora que ainda não fosse possivel se estabelecer, entre o grande numero de operadores que della têm feito uso, um accordo sobre a porcentagem centesimal da mortandade materna, sem querermos, neste momento, nos referir a mortandade fetal.

O nosso primeiro quadro abrangendo: os nomes dos auctores; o anno em que levaram ao conhecimento do mundo scientifico o resultado dos seus trabalhos; o numero da mortandade materna e a sua porcentagem por 100 casos, deixa o leitor avaliar como se tem popularizado esta operação e o resultado que tem ella produzido.

QUADRO N. I

NOMES	Anno da apresentação	Numero de casos	Mortandade materna	Porcentagem centesimal
Gigli . .	1905	100	6	6,
Voguet. . .	[illegible]	114	7	6,14
Aubert . .	1906	118	6	5,12
Döderlin . .	1906	16		—
[illegible]	1906	21		—
Alfredo Costa	1906	3	—	—
Saccadura.	1906	1	—	—
Reifferscheid.	1906	202	12	5,94
Hocheisen .	[illegible]	16	—	—
Bokelmann .	1906	—	—	9 a 7
Seligmann .	1907	20	1	5,
Rossier. . .	1907	253	15	6,
Rosthern . .	1907	[illegible]	1	11
Van Herff .	1907	5	—	
Bumm. . .	1907	44	—	
Fromme . .	1907	15	1	6,6
Franz . . .	1907	11	1	9,
Büger . . .	1907	21		—
Reifferscheid.	1907	27	1	3,5
Stœckel . .	1907	44	—	
Von Franque	1907	19	1	5,
Döderlin . .	1907	294	17	5,9
Krœmer . .	1908	53	1	1,8
Alfredo Costa	1909	2	—	

Restrictamente poderiamos dizer que a mortandade materna oscilla entre 5 a 7 %.

Melhor poderia ser esta estatistica se ella não registrasse englobadamente casos que foram fataes, resultando de causas intercurrentes as quaes não deviam ser tomadas em conta, por não terem sido produzidas por esta operação.

Assim, deviam ser retirados por exemplo, dos casos apresentados em 1905, por Leornado Gigli, quatro: um de Berry-Hart que succumbiu, em consequencia da chloroformização 3 dias depois desta, um produzido por febre typhoidéa, no decimo oitavo dia depois da operação e dois desastrosos de Braunnim, em consequencia de uma technica improvisada e de um material cirurgico não adequado.

Ressentem-se de serios embaraços aquelles que procuram fazer uma estatisca de uma maneira precisa, por saberem que estes casos foram operados em condições differentes.

Muitos operadores têm encontrado mulheres em trabalho de parto datando de longas horas, com um liquido amniotico fortemente tinto de escuro, com a temperatura axillar elevada do normal e, certamente, antes de executar a operação, ficaram a vascillar, prevendo o futuro, se estavam diante de mulheres já infeccionadas, ou se aquella hyperthermia é resultante do trabalho

prolongado e se ella desappareceria depois das 24 horas que seguissem a operação.

No Brasil, por exemplo, um orgulho mal justificado obriga a mulher entregar-se confiante de preferencia aos cuidados medicos em uma Maternidade, a uma assistencia de mulheres supinamente idgnorantes que, com interferencias intempestivas e inconscientes, inadequadas ou desmedidas, preparam um máo terreno em que forçosamente tem de trabalhar o parteiro com esta operação, desde que encontre as condições requeridas.

Comtudo isto a estatistica feita por V. Cathala dá a porcentagem de 2 a 4%.

Mais recentemente Pierre Voguet dá uma porcentagem de 1,75%.

QUADRO N. II

NOMES	Anno da apresentação	Numero de casos	Mortandade infantil	Porcentagem centesimal
Gigli . . .	1905	100	4	4
Reifferscherd	1906	22		–
Döderlin . .	1906	16	1	6,2
Hocheisen .	1906	16	2	12,4
Saccadura .	1906	1	—	
Seligmann .	1906	20	1	5
Kannegiesser	1906	21	4	19
Aubert . . .	1906	118	3	2,56
Rossier . .	1907	204	8	4
Döderlin . .	1907	225	15	6,6
Von Franque	1907	19	4	21
Burger . . .	1907	21	2	9,5
Fromme . .	1907	15	1	6,6
Kromer . .	1908	53	4	8,6
Alfredo Costa	1909	2	—	2,

E' menos lisongeira a estatistica da mortandade fetal.

Ella está tambem sujeita a effeitos de um longo trabalho que dá em resultado fracturas do craneo, sem que possa o parteiro atravez de uma bossa sero--sanguinea muito frequente, nestes casos, diagnostical-a.

Para ella partilham tambem os adeptos da possibilidade do parto se poder dar naturalmente, talvez inconscientes de que estão fazendo um grande mal.

Estas são as principaes causas que têm pesado nas balanças estatisticas, entretanto se tem registrado hemorrhagias da meningéa nas creanças que para nascerem se submetteram-o a um longo trabalho.

O nosso II quadro como o I deixa suscintamente o leitor deduzir a porcentagem fetal.

Esta, como se vê pelos recentes trabalhos estatisticos de Gigli e de Rossier tem diminuido consideravelmente de porcentagem; é ella actualmente de 4%.

Indicações

Carece que se diga ser a operação de Gigli racionalmente indicada todas as vezes em que, uma mulher em trabalho de parto possua na sua bacia o diametro pubiano minimo medindo 7 a 8 centimetros, como aconselha Bumm e outros; como tambem se faz desnecessario dizer-se que embora assim ella é evitavel todas as vezes em que o feto não esteja vivo, como tambem quando a sua existencia se acha intimamente ligada a um prognostico sombrio, em virtude de haverem sido feitas intervenções inadequadas com applicações de forceps ou quando o parteiro encontra procidencia do cordão, caso em que precisa refletir maduramente, apoiado em dados clinicos, antes de praticar a operação, para não expor um ser tão delicado a tão grande martyrio.

Cyrille Jeannin e V. Cathala aconselham a a pratica desta operação todas as vezes em que o operador procedendo a mensuração da bacia encontre o diametrto promonto-pubiano minimo medindo 85 millimetros e para acima deste numero; em outro caso qualquer, abaixo deste limite inferior e ao lado de outras indicações, elle aconselha que se deve praticar a cesariana.

Achamos este numero muito baixo para servir

de limite minimo á operação de Gigli, porque assim se intervindo se é forçado a produzir um grande afastamento entre as partes osseas seccionadas podendo dar em resultado, este afasta mento que será consideravel, rupturas ligamentosas das symphises sacro-iliacas.

Com este limite que aconselham Cyrille e Jeannin, e não abaixo de 86 millimetros como recommendam, julgamos que se deve praticar a cesariana, desde que com esta operação não se exponha a operada á perigos de vida.

A não ser a contra indicação capital—a ausencia da vida fetal—é a operação de Gigli contra indicada quando se reconhecem signaes de franca infecção e quando as condições do meio em que se opera impedem em absoluto a sua realização.

Pubiotomia e Symphisiotomia

VANTAGENS DA PUBIOTOMIA

Quem conhece uma e outra destas operações sob o ponto de vista experimental se tem collocado ao lado de Gigli, de preferencia ao de Sigault, por ver que são innumeras as vantagens daquella operação sobre esta.

Não é difficil se chegar a tal resultado quando, pelo menos, se tem conhecimento das duas operações sob o ponto de vista theorico.

Terminando o nosso modesto trabalho academico, nos resta fallar das principaes vantagens da pubiotomia sobre a symphisiotomia.

Se espinhosa foi a tarefa para a sua feitura não menos trabalhoso foi o balancear os archivos das duas operações e critical-os para depois, resumidamente, deixar se ver o destancionamento occupado pelas duas operações.

A pubiotomia não deixará de ser sempre acceita e de produzir os seus beneficos resultados, embora que actualmente, com os progressos admiraveis da asepcia e antisepcia, se estabeleça uma notavel corrente de adeptos para a

cesariana; mas esta operação não será sempre indicada, favorecendo occasião então a sua irmã —a pubiotomia—para brilhantes resultados.

1ª Vantagem—E' aquella que a primeira investida de analyse se nos apresentou supplantando a symphisiotomia por não gosar das mesmas regalias. Refiro-me a sua technica.

A operação de Gigli pode ser executada com a maxima facilidade, não requesitando esforços de uma attenção ininterrupta e nem mesmo excesso de cuidados; não requer do cirurgião essas habilidades, podendo ser mesmo confiada a um parteiro não muito experiente nos campos da cirúrgia.

Como se viu, é de grande facilidade a technica da operação de Gigli.

2ª vantagem—A segunda vantagem é a que resulta do conhecimento das duas regiões anatomicas em que se effectuam as duas operações.

A symphisiotomia tem como séde uma região anatomica importante, pela visinhança que guarda com certos orgãos.

A pubiotomia cahe em uma região pobre de relações com vasos e orgãos importantes.

Nesta operação, para a obtenção de um feliz successo, se deve ter o cuidado de obedecer a

linha de demarcação destinada a secção ossea para não lesar os orgãos vizinhos, de outras regiões; na symphisiotomia se é obrigado a obedecer não somente o traçado como tambem a importancia dos orgãos como sejam: a bexiga, o clitoris, o plexo venoso pre-vesical e os ligamentos pubo vesicaes.

Exposta á visão a symphise não basta para sobre ella immediatamente se effectuar o apartamento dos corpos pubianos—rèclama do cirurgião pericia na procura da cartilagem interposta aos pubis, que parece a primeira vista muito facil.

3ª vantagem.—Presentemente temos de nos occupar aqui das hemorrhagias, nas duas operações.

Quando tratamos deste accidente na pubiotomia, dissemos que era elle insignificante porque resulta unicamente, em regra geral, das partes molles anteriores ao pubis incisadas pelo bisturi e dos fragmentos do pubis seccionado. Dissemos mais que elle cedia a um ligeiro tamponamento.

Na symphisiotomia o mesmo não se dá e para nos convencermos de que isto é uma verdade, basta procurarmos recapitular as duas regios anatomicas sob e ponto de suas vascula-

risações e o que conta a historia deste accidente da pubiotomia e symphisiotomia.

Na pubiotomia não conhecemos, com as technicas a descoberto nenhum caso de grande importancia que desse logar registrar-se uma morte se quer.

Na symphisiotomia Kufferath observou uma hemorrhagia em que o tamponamento foi impotente e que só cedeu as ligaduras mediatas.

Champetier de Ribes quando, em uma symphisiotomisada, procurava fazer um tamponamento, attendendo a gravidade que podia resultar da hemorrhagia que se havia manifestado em proporções assustadoras, chegou a romper a urethra.

Tellier perdeu uma operada devido a hemorrhagia, incoerciveis, quando praticava a symphisiotomia.

G. Braun confessa que, nas mesmas condições, perdeu uma operada em consequencia desto mesmo accidente que se manifestou fulminante.

A estatistica de Neugebauer, de 1887 a 1893, comprehendendo 214 casos, dá a porcentagem de 1:7, em que a hemorrhagia apparece como uma complicação grave.

Nesta mesma estatistica se vê registrado um caso em que este accidente se manifestou

rebelde ao tamponamento, ás ligaduras immediatas, e aos pontos de suturas, morrendo a operada de anemia 24 horas depois.

4ª vantagem.— E' a que levantou Leonardo Gigli para emprehender a grande campanha, contra a symphisiotomia, iniciada quando assistente interno do Prof. Fristch.

Querendo nos referir as infecções graves da ferida operatoria nas symphisiotomisada que surgem perturbando a consolidação ossea e produzindo, pela sua gravidade, a morte.

Nos abstemos de rever este assumpto, porque tivemos em occasião opportuna de fallar a este respeito, quando tratamos de dar os conhecimentos historicos da operação de Gigli.

5ª vantagem.—Menos importante do que as outras vantagens da pubiotomia—é a incontinencia de urina observada com muito maior frequencia nas symphisiotomisadas do que nas pubiotomisadas.

Em toda a nossa leitura o unico que encontramos se referindo mal a pubiotomia sob este ponto de vista e o unico que chegou a formular uma estatistica da frequencia deste accidente nas suas operadas foi Krœmer que a fez de uma maneira em nada de accordo com a popularidade de que gosa esta operação.

6ª vantagam.—Os prolapsos do utero, da vagina tem sido, com frequencia observados nas symphisiotomisadas emquanto que nunca vimos referencia alguma desta natureza para com a operação de Gigli.

7ª vantagem.—Agora nos compete fallar das mortandades—materna e fetal.

Não queremos trazer aqui as estatisticas dos adversarios da operação de Sigault.

Queremos Paul Bar que nos diz, com a sua estatistica, fazer a symphisiotomia 7,45 victimas em 100 casos.

Muito melhor, apesar dos pezares, é a estatistica da operação de Gigli que dá uma mortandade materna de 2 a 4 %.

A mortandade fetal é registrada menos favoravel a symphisiotomia do que a pubiotomia.

E' a mortandade fetal com o emprego da symphisiotomia cinco vezes maior do que com o da pubiotomia.

8ª vantagem.—Para terminar esta parte de nossa these ainda faltamos dizer alguma cousa sobre as perturbações funccionaes nas duas operações.

Rarissimos são os casos em que a consolidação do corpo pubiano seccionado foi prejudicado dando em resultado—perturbações funccionaes.

Isto mesmo se explica pela ausencia, na pubiotomia, das infecções graves que sempre produzem lastimaveis resultados.

O mesmo não podemos dizer da symphisiotomia, porque trabalhos cadavericos vieram confirmar a ausencia de consolidação da symphise, no momento em que, tomando a sua defeza, se apresentaram Pinard, Morisani e Kofferath debatendo as asserções dos seus adversarios que diziam ser falsa a consolidação effectuada com solidez e immobilidade.

Lepage, Bonnaire e tambem Potocki desejosos de provar o contrario, encontrando um momento opportuno—o de necropsiar uma mulher que desappareceu do rol dos vivos muito depois da pratica da symphisiotomia que soffrera em algum tempo e que apresentava symptomas destas perturbações, praticaram este exame cadaverico e certificaram-se da ausencia da consolidação directa entre os pubis, que se achavam afastados um do outro—um dedo transverso

Encontraram deste exame uma faixa de tecido fibroso que, como uma poute, passava de um ao outro pubis, somente pela sua face posterior.

As perturbações nas symphisiotomisadas, dependem do gráo de infecção e podem surgir de uma maneira temporaria ou difinitiva.

Uma e outra não apresenta a gravidade de

morte, para a operada; porém quem contesta ser ella incommoda?

Umas se apegam, remediando o mal, ás cintas e outras ás moletas.

Mas ha uma outra classe—a das impossibilitadas, com tudo isto, de movimentarem-se—entregam-se de todo o sempre ao leito que se torna afinal um martyrio.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

Historia Natural Medica

I—O claviceps purpurea é o mycelio de um cogumelo parasita do centeio.

II—Este tem o aspecto de um corpo cylindrico, (ou ligeiramente achatado) negro ou cinzento de um odor desagradavel e de um sabor acre.

III—Delle se extrahem extractos—ergotinas—que têm larga applicação em obstetricia.

Chimica Medica

I—O chloroformio é um ether simples.

II—A sua formula chimica é $CHCl^3$.

III—Presta relevantes serviços em obstetricia como anesthesico.

Anatomia Descriptiva

I—De todas as partes do apparelho genital feminino é o utero o orgão da gestação.

II—No utero se destacam duas partes—o corpo e o collo.

III—Estas duas partes soffrem grandes modificações no curso da gravidez.

Histologia

I—E' cylindrico, simples e vibratil o epithelio da mucosa uterina.

II—Este epithelio tem cilios.

III—Nascem na puberdade e desapparecem na menopausa.

Physiologia

I—As contracções uterinas do trabalho de parto tem uma acção manifesta sobre a circulação materna.

II—A pulsação cardiaca apparece accelerada durante todo o periodo da duração das dores normalisando-se quando ellas desapparecem.

III—Este augmento é bem manifesto nos partos demorados.

Bacteriologia

I—Cómo meios prophylaticos das infecções puerperaes, usa a obstetricia da asepcia e antisepcia.

II—Rarissimos são os casos de infecção quando foram elles bem praticados.

III—Na parte aseptica da Maternidade Climerio de Oliveira, destinada ás gestantes que procuram os seus cuidados antes do parto, ainda não foi registrado um só caso de infecção puerperal.

Materia Medica, Pharmacologia e Arte de Formular

I—A cafeina é um alcaloide e pode ser retirada de diversas plantas como por exemplo:—Coffea arabica, Paulinnia sorbilis etc.

II—Ella é mais geralmente empregada sob duas formas: injecção hypodermica e em poção.

III—Presta optimos serviços como medicamento de urgencia nos desfallecimentos.

Anatomia e Physiologia Pathologicas

I—Chama-se necrose a morte local dos tecidos.

II—A permanencia por muitos dias no leito pode produzil-a.

III—Embora raramente, é encontrada nas mulheres que soffreram a Operação de Gigli.

Pathologia Medica

I—O tetanos é uma infecção, de ordem convulsa, produzida pelo bacillo de Nicolaier.

II—Embora raro durante a gestação, esta pode continuar, é a creança nascer viva.

III—Segundo Tizzoni e Cattani, a mãe doente pode transmitir ao feto a immunidade contra o tetanos.

Pathologia Cirurgica

I—Uma ferida operatoria ou não pode ser infeccionada pelo bacillo de Nicolaier.

II—Este germen secreta diversas toxinas.

III—A sero-therapia preventiva do tetanos tem dado bons resultados.

Anatomia Medica-Cirurgica

I—Os conhecimentos anatomicos por si só, em alguns casos, conduzem a um bom diagnostico.

II—Grande numero de processos operatorios se baseiam nos conhecimentos da anatomia medica e cirurgica.

III—Sem anatomia medica e cirurgica na ha cirurgião (Velpeau).

Therapeutica

I—As ergotinas têm larga applicação nas hemorrhagias uterinas—post-partum.

II—Não devem ser empregadas em qualquer tempo e sim depois do delivramento.

III—Igual cuidado se deve ter nos casos de aborto.

M.

Obstetricia

I—O diagnostico da gravidez é em alguns casos muito difficil.

II—Para fazel-o temos de procurar os signaes presumiveis e os signaes de certeza.

III—Com o palpar, a ausculta e o toque vaginal podemos diagnosticar não só a gravidez como tambem a apresentação e posição do feto.

Operações e Apparelhos

I—As hamorrhagias succedem a uma lezão vascular ou ossea.

II—Podem ser medicadas de differentes maneiras.

III—Em regra geral cedem a um tamponamento, as hemorrgagias resultantes da Operação de Gigli.

Hygiene

I—Actualmente as construcções hospitalares têm sido feitas em pavilhões.

II—Elles devem ser despostos de maneira que o ar e a luz possam circular livremente.

III—A Bahia conta um estabelecimento com estas e muitas outras exigencias—é a «Maternidade Climerio de Oliveira».

Clinica Propedeutica

I—A auscultação é um processo propedeutico que presta em obstetricia relevantissimos serviços.

II—E' muito necessario para o diagnostico da gravidez.

III—Sem ella o parteiro não puderá fazer uso, em obstetricia, de qualquer que seja a operação sangrenta.

Medicina Legal e Toxicologia

I—Chama-se viabilidade de um feto a aptidão que tem elle para a vida extra-uterina.

II—Sem ella o recem-nascido não pode gosar dos direitos civis.

III—Para poder ser delles empossado é necessario que tenha nascido vivo em uma epocha legal.

Clinica Medica 2.ª (cadeira)

I—A variola é uma febre infecto-contagiosa.

II—Tem ella diversos typos.

III—O typo confluente é frequentemente seguido do aborto ou parto prematuro.

Clinica Cirurgica (2.ª cadeira)

I—A columna vertebral pode apresentar incurvações de ordem pathologica.

II—São ellas divididas em 3 grupos: ciphose a posterior; escoliose a lateral e lordose a anterior.

III—Estas incurvações, datando desde a infancia, podem viciar a bacia na sua conformação e na sua inclinação.

Clinica Dermatologica e syphiligraphica

I—A syphilis tem uma acção manifesta sobre a gravidez.

II—E' ella a causa mais frequente dos abortos e dos partos prematuros.

III—A causa provavel da interrupção da prenhez é a doença ou a morte do feto infectado ou intoxicado pela syphilis.

Clinica Ophtalmologica

I—A conjunctivite é uma inflamação da conjunctiva.

II—E' mais frequente se observar nos recem-nascidos a conjunctivite purulenta blenorrhagica.

III—Tem como seu productor o gonnococcus de Naisser.

Clinica medica (1.ª Cadeira)

I—Os accesos de eclampsia são caracterisados por convulsões tonicas e chronica acompanhando-os a perda da sensibilidade, da intelligencia com ou sem elevação de temperatura.

II—Para debellar estes accessos são empregadas inhalações de chloroformio.

III—O emprego do chloral e da morphina é perigoso.

Clinica Cirurgica (1.ª cadeira)

I—Raras são as operações cirurgicas que despensam a anesthesia.

II—Esta pode ser geral ou parcial.

III—A operação de Gigli reclama uma anesthesia geral.

Clinica obstetrica e gynecologica

I—A mais frequente das operações gynecologicas é a curetagem.

II—As mais usadas em obstetricia são: o forceps, a versão, a craneotomia e craneoclasia.

III—Todas estas operações têm indicações e contra indicações.

Clinica pediatrica

I—As ictericias são muito frequentes nos recem-nascidos.

II—Sua natureza e seu prognostico são essencialmente variaveis.

III—Deve-se distinguir dois grandes grupos deintericias: idiopathica e symptomatica.

Clinica psychiatrica e de molestias nervosas

I—A prenhez não produz a loucura.

II—Pode entretanto agravar as perturbações mentaes.

III—Pode ainda despertar pertubações hereditarias que se achavam em estado latente.

M.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 31 de Outubro de 1911.

O SECRETARIO,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles